

日本脳炎予防接種同意書

(13歳以上で保護者が同伴しない場合)

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

市で配布している説明書をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。(署名がなければ予防接種は受けられません)

接種を希望しない場合には、自署欄に記載する必要はありません。

日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解した上で、子供に接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

住所 _____

緊急の連絡先 _____

※本様式は、日本脳炎の予防接種において13歳以上で保護者が同伴しない場合に必要となるものです。

お子様が1人で予防接種を受ける場合は、必ずこの同意書を提出させるようにしてください。同意書に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。